Aus der Universitäts-Hautklinik Berlin.
Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes.

Ueber syphilitischen Primäraffekt beim Weibe und seine Häufigkeit in den verschiedenen Regionen insbesondere an der Vagina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Bruno Kluge

aus Beetz.

Promotionstag: 8. 5. 35.

101

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. Gottron
Korreferent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem lieben Vater
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550822_0218

Rille hat wiederholt die Aufmerksamkeit auf den in seinem Dasein „fast bezweifelten“ syphilitischen Primäraffekt in der Vagina gelenkt. Das Vorkommen eines Primäraffektes an der Vagina galt lange Zeit als überaus selten. Hatte doch A. Fournier trotz seiner außerordentlich großen Erfahrung nur ein einziges Mal einen syphilitischen Primäraffekt an der Vagina feststellen können.

Wenn auch die Vagina die weitaus seltenste Lokalisation des Primäraffektes beim Weibe ist, so ist das Vorkommen syphilitischer Primäraffekte an dieser Stelle doch nicht so selten, wie man das früher annahm. Dies gezeigt zu haben, ist vor allem das Verdienst Rilles, der wiederholt zu dieser Frage Stellung nahm und auf Grund seiner Erfahrungen das klinische Bild des vaginalen Primäraffektes zu zeigen in der Lage war. So konnte Rille bereits 1896 über 11 Fälle und 1904 über 21 Fälle von syphilitischem Primäraffekt an der Vagina berichten. Im Jahre 1929 hat er nochmals ausführlich seine Erfahrungen auf diesem Gebiete zusammengefaßt und über 47 vaginale Primäraffekte bei 21 Fällen berichtet. Zuvor hatte Rille durch Kazarowa die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom vaginalen syphilitischen Primäraffekt darstellen lassen. In dieser Arbeit wird auf Grund eingehenden Literaturstudiums die Entwicklung der Kenntnis vom syphilitischen Primäraffekt und zwar im Bereich der Portio und der Vagina dargestellt.

Aufgabe vorliegender Arbeit soll es sein, die in der Berliner Universitäts-Hautklinik beim Weibe beobachteten syphilitischen Primäraffekte zusammenzustellen und insbesondere zu untersuchen, wie häufig der Primäraffekt an der Vagina zu beobachten war.

Allgemeine Erfahrung ist es, daß syphilitische Primäraffekte am weiblichen Genitale viel seltener zur Beobachtung gelangen als am männlichen. Die Erklärung wird von den Autoren in der Verschiedenheit der anatomischen Verhältnisse bei Mann und Frau gesehen und vor allem in dem Mangel von subjektiven Beschwerden beim Sitz der syphilitischen Primäraffekte im Bereich des weiblichen Genitale. Mit Rücksicht auf das soeben Gesagte kommen die Frauen sehr häufig erst mit den sekundären luetischen Veränderungen zum Arzt, und zwar zu einer Zeit, in der die Eingangspforte der Lues, d. h. der Primäraffekt entweder schon abgeheilt ist oder als solcher infolge der durchlaufenen Veränderungen nicht mehr von syphilitischen Sekundäreffloreszenzen unterschieden werden kann. So kommt es, daß der luetische

Primäraffekt beim Weibe insbesondere der im Bereich des Genitale lokalisierte sehr viel seltener als beim Manne beobachtet wird.

In den Jahren 1920 bis 1933 waren bei 569 weiblichen Kranken der Berliner Universitäts-Hautklinik syphilitische Primäraffekte feststellbar. Diese verteilten sich auf die einzelnen Jahre in folgender Weise:

1920	216	Fälle	1927	8	Fälle
1921	90	„	1928	10	„
1922	54	„	1929	12	„
1923	52	„	1930	12	„
1924	51	„	1931	5	„
1925	32	„	1932	8	„
1926	16	„	1933	3	„

In dieser Aufstellung ist eine starke Abnahme der Fälle mit syphilitischem Primäraffekt festzustellen, und zwar beträgt die Zahl der beobachteten Primäraffekte in den Jahren 1921 und 1922 jedesmal etwa die Hälfte der des vorhergehenden Jahres. Dann bleibt die Anzahl der Fälle bis 1924 nahezu gleich, um wiederum von Jahr zu Jahr um die Hälfte abzusinken. In den Jahren 1928, 1929 und 1930 findet man abermals die gleiche Anzahl, die gegenüber 1927 eine leichte Steigerung aufweist, während der Durchschnittswert der letzten drei Jahre nur die Hälfte der Zahl aus den Jahren 1928, 1929 und 1930 beträgt. Man kann hieraus die Feststellung machen, daß syphilitische Primäraffekte am weiblichen Genitale heute nur noch selten zur Beobachtung gelangen. Insbesondere wird daher der Primäraffekt an der Vagina, der an sich schon eine seltene Lokalisation darstellt, außerordentlich selten sein.

Auch Mosbacher berichtete 1926 aus dem Material der Berliner Universitäts-Hautklinik einen Abfall der Lues insgesamt von 1920 bis 1926 um etwa die Hälfte, während die frischen Luesfälle auf ein Fünftel zurückgegangen waren.

Im folgenden ist eine Zusammenstellung bezüglich des Lebensalters der weiblichen Kranken mit luetischen Primärerscheinungen gegeben.

1	Jahr	in	1	Fall	20	Jahre	in	29	Fällen
8	Jahre	„	1	„	21	„	„	44	„
9	„	„	1	„	22	„	„	39	„
10	„	„	1	„	23	„	„	44	„
13	„	„	1	„	24	„	„	43	„
15	„	„	4	Fällen	25	„	„	28	„
16	„	„	9	„	26	„	„	29	„
17	„	„	14	„	27	„	„	28	„
18	„	„	37	„	28	„	„	21	„
19	„	„	36	„	29	„	„	11	„

30	Jahre	in	23	Fällen	44	Jahre in	2 Fällen
31	„	„	14	„	45	„ „	3 „
32	„	„	23	„	46	„ „	4 „
33	„	„	14	„	47	„ „	2 „
34	„	„	11	„	48	„ „	1 Fall
35	„	„	10	„	50	„ „	1 „
36	„	„	9	„	51	„ „	1 „
37	„	„	4	„	52	„ „	3 Fällen
38	„	„	5	„	53	„ „	2 „
39	„	„	4	„	54	„ „	1 Fall
40	„	„	2	„	56	„ „	1 „
41	„	„	2	„	57	„ „	1 „
42	„	„	4	„	60	„ „	1 „

Es ergibt sich daraus, daß die Mehrzahl der an luetischen Primärerscheinungen erkrankten Frauen im 18. bis 27. Lebensjahr standen. Die meisten Infektionen fanden im 21. und 23. Lebensjahr statt. Im übrigen ist die gegebene Statistik ein Beleg dafür, daß eine luetische Infektion in jedem Lebensalter erfolgen kann. Es geht aus der Zusammenstellung aber auch hervor, daß syphilitische Primäraffekte beim Weibe vor der Pubertät und nach dem Klimakterium Seltenheiten sind.

Was den Personenstand anbelangt, so gab die Zusammenstellung am Berliner Material ein auffallendes Ergebnis, waren doch 32,3 % der erfaßten Fälle verheiratet. Dies ist umso mehr zu unterstreichen, da M u n d e an der Leipziger Klinik unter den frisch an Lues erkrankten Frauen nur 2,8 % als verheiratet feststellen konnte. Es verbleiben demnach 67,7 % von außerehelich erworbenem luetischen Primäraffekt bei Frauen.

Die Frauen mit syphilitischen Primärerscheinungen gehörten folgenden Berufsklassen an:

beruflos, unverheiratet	212	Lehrfräulein	2
Arbeiterin	59	Wärterin	2
Haus- od. Dienstmädchen	26	Hebamme	1
Schneiderin	13	andere Berufe	15
Kontoristin	12		
Verkäuferin	10	Ehefrau	97
Näherin	9	Arbeiterfrau	26
Kind	5	Handwerkerfrau	23
Witwe	5	Schlosserfrau	14
Wirtschafterin	4	Angestelltenfrau	13
Stenotypistin	4	Kaufmannsfrau	9
Stütze	4	Beamtenfrau	2
Händlerin	2		

Die unter der Gruppe „andere Berufe“ aufgeführten Fälle betreffen Berufe, die nur einmal vorkamen. Die Kinder waren angeblich von älteren Geschwistern mit Lues angesteckt worden,

mit denen sie gemeinsam schliefen, oder deren Wäsche sie benutzt hatten. Einmal war eine Hebamme verzeichnet, die sich die Infektion am Finger bei der Ausübung ihres Berufes zugezogen hatte.

Während Munde bei den mit Arbeiterinnen bezeichneten Kranken mit 29 % am häufigsten syphilitische Primäraffekte feststellen konnte, betrug die Zahl der zu dieser Berufsgruppe zählenden bei den Berliner Fällen nur 10,4 %. Die berufslosen, unverheirateten Frauen stellten mit 37,3 % den größten Anteil der mit syphilitischem Primäraffekt beobachteten weiblichen Kranken dar, denen, wie oben erwähnt, an zweiter Stelle die Ehefrauen mit 32,3 % folgten.

Bei den 569 weiblichen Kranken wurden unter Berücksichtigung der vielfach festgestellten Multiplizität des Primäraffekts 789 genitale, 30 perigenitale und 100 extragenitale Primäraffekte beobachtet. In 395 Fällen war nur ein Primäraffekt, in 68 Fällen waren 2 und in den übrigen 106 Fällen mehr als 2 Primäraffekte bei derselben Kranken gefunden worden. Bei einer Kranken wurden sogar 16 Primäraffekte gezählt.

Es ist aber daran festzuhalten, daß der Primäraffekt am weiblichen Genitale in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur in der Einzahl vorkommt. Dies war bei uns in 69,4 % der Fälle feststellbar. Diese Zahl stimmt gut überein mit der Fourniers, der bei 66 % seiner Beobachtungsreihe nur einen Primäraffekt finden konnte, während Munde nur bei 44,5 % einen Primäraffekt sah.

Luetische Primäraffekte unter dem Erscheinungsbilde des Oedema indurativum waren bei unseren Kranken in 9,1% vorhanden. Dies war dabei 33mal an den großen Labien, 15mal an den kleinen Labien, an den großen und kleinen Labien 3mal und an der Clitoris 1mal lokalisiert.

Gravidität wurde bei 12 der von uns mit syphilitischem Primäraffekt beobachteten 569 Kranken festgestellt. Die Graviden befanden sich 2mal im II., 1mal im IV., 1mal im V., 4mal im VI., 1mal im VII., 2mal im VIII. und 1mal im IX. Schwangerschaftsmonat.

Die perigenitalen Primäraffekte waren lokalisiert:

am Anus	17mal
am Perineum . . .	6 „
am Schenkel . . .	3 „
links	1 „
rechts	2 „
perigenital	4 „

Die extragenitalen Primäraffekte wurden gefunden:

an den Lippen . . .	63mal	am Mundwinkel . .	2mal
Unterlippe	34 „	links	1 „
Oberlippe	29 „	rechts	1 „
an den Tonsillen . .	18 „	am Zahnfleisch . .	1 „
links	11 „	am Finger	1 „
rechts	7 „	am Knie	1 „
an der Zunge . . .	7 „	in der Clavicular-	
an den Mammae . .	6 „	gegend	1 „
links	2 „		
rechts	4 „		

Auch diese Aufstellung ergibt, daß der häufigste extragenitale Primäraffekt sich an den Lippen findet. Die Lippenprimäraffekte machen 6,8 % aller Primäraffekte und 63 % der extragenitalen Primäraffekte aus. Die Häufigkeit des Vorkommens extragenitaler Primäraffekte wird vielfach auf 5—10 % geschätzt. Bei uns überstieg die Prozentzahl der extragenitalen Primäraffekte die Höchstzahl der Schätzung um ein Geringes.

Gleichzeitig an verschiedenen Regionen wurden luetische Primäraffekte 77mal angetroffen. Es fanden sich folgende Kombinationen:

Gr. Lab.	u. kl. Lab.	16mal
„	u. hint. Com.	12 „
„	u. Clitorisgegend	2 „
„	u. kl. Lab. u. h. Com.	2 „
„	u. kl. Lab. u. Orif. urethrae	1 „
„	u. kl. Lab. u. h. Com. u. Praep. clitoris	1 „
„	u. kl. Lab. u. Vagina u. Portio . . .	1 „
„	u. h. Com. u. Orif. urethrae	1 „
„	u. h. Com. u. Portio	1 „
„	u. Intr. vag. u. Orif. urethrae	1 „
„	u. Perianal	2 „
„	u. Tonsille	1 „
Kl. Lab.	u. h. Com.	15 „
„	u. Intr. vag.	3 „
„	u. Intr. vag. u. Mons veneris	1 „
„	u. Vagina	1 „
„	u. Vagina u. Orif. urethrae	1 „
„	u. Praep. clitoris	1 „
„	u. Portio	1 „
„	u. Anal	1 „
„	u. Tonsille	1 „
h. Com.	u. Intr. vaginae	3 „
„	u. Portio	1 „
„	u. Damm	1 „

Vagina u. Ausf. d. Barth. Drüsen	1mal
Intr. vag. u. Urethra u. Clitoris u. Portio . . .	1 „
Portio u. Zunge	2 „
Ober- u. Unterlippe	1 „
Lippe u. Tonsille	1 „

Am häufigsten waren gleichzeitig betroffen die großen und kleinen Labien. Fast gleich häufig waren die großen bezw. kleinen Labien und die hintere Commissur Sitz syphilitischer Primäraffekte. Dies würde der Häufigkeit syphilitischer Primäraffekte an diesen Regionen im allgemeinen entsprechen, während die anderen Kombinationen bis auf wenige Ausnahmen nur Einzelfälle darstellen.

In 492 Fällen war 1 Region
„ 65 „ waren 2 Regionen
„ 9 „ waren 3 Regionen
„ 3 „ waren 4 Regionen

vom luetischen Primäraffekt ergriffen.

Vergleichshalber werden nun die im Bereich des weiblichen Genitale an der Berliner Universitätshautklinik beobachteten syphilitischen Primäraffekte denen von Fournier und Munde gefundenen gegenübergestellt.

Lokalisation	Fournier		Munde		Berl. Hautklinik	
Lab. maj. . .	114	45,8 %	313	39,3 %	255	36,9 %
Lab. min. . .	55	22,1 %	217	26,6 %	231	33,4 %
Com. post. . .	38	15,2 %	155	17,7 %	98	14,2 %
Portio	13	5,2 %	16	1,9 %	16	2,3 %
Clitorisgeg. .	10	4,0 %	46	5,7 %	19	2,75%
Intr. vag. . .	9	3,7 %	27	3,4 %	29	4,2 %
Urethra . . .	7	2,8 %	22	2,7 %	17	2,5 %
Com. ant. . .	2	0,8 %	4	0,5 %	1	0,1 %
Vagina . . .	1	0,4 %	6	0,7 %	19	2,75%
Ausf. d. Barth.	—	—	11	1,5 %	6	0,9 %
	249		817		691	

Bei einem Vergleich der drei Tabellen kommt man zu folgenden Feststellungen. Die an den großen Labien lokalisierten Primäraffekte nehmen in der Reihenfolge der Tabellen prozentual ab, während die an den kleinen Labien lokalisierten prozentual zunehmen. Dementsprechend haben wir bei den Berliner Fällen beinahe ebensoviel Primäraffekte an den kleinen wie an den großen Labien, während bei Fournier die an den großen Labien lokalisierten doppelt so häufig und bei Munde um die Hälfte häufiger vorkamen, als die an den kleinen Labien. Größer noch ist der prozentuale Unterschied der an der Portio vaginalis uteri lokalisierten Primäraffekte in den drei Tabellen, und zwar er-

reichen die Berliner wie auch die Leipziger Fälle nicht einmal die Hälfte der Prozentzahl, die Fournier fand. Möglicherweise ist die Erklärung hierfür darin zu suchen, daß Fournier ganz besonders seine Aufmerksamkeit auf Primäraffekte an der Portio richtete. Fournier kommt übrigens das Verdienst zu, uns die Kenntnis von der Symptomatologie des Primäraffektes an der Portio vermittelt zu haben. Während bei den anderen Lokalisationen kaum nennenswerte Unterschiede in den drei Tabellen zu beobachten sind, ist bei den an der Vagina lokalisierten Primäraffekten die um ein Vielfaches höhere Prozentzahl in der Berliner Tabelle hervorzuheben. Hiervon soll später noch im besonderen die Rede sein.

Bei der Lokalisation an den Labien waren die linken im Verhältnis 178 : 137 bei den Berliner Fällen häufiger befallen als die rechten, was bereits durch Munde an dem Leipziger Material festgestellt war.

Nach Zusammenzählung der Zahlen aus den drei Tabellen erhält man aus 1757 Primäraffekten folgende Häufigkeitsreihe der Lokalisation luetischer Primäraffekte im Bereich des weiblichen Genitale:

1.	Große Labien	38,8 %
2.	Kleine Labien	28,6 %
3.	Hintere Commissur	16,6 %
4.	Clitorisgegend	4,3 %
5.	Introitus vaginae	3,7 %
6.	Urethra	2,6 %
7.	Portio	2,6 %
8.	Vagina	1,5 %
9.	Ausführungsgang d. Barth. Drüsen	0,9 %
10.	Vordere Commissur	0,4 %

Immer wieder wurde von den Syphilidologen auf die Seltenheit des vaginalen Primäraffektes hingewiesen; dies unterstreicht auch Rille, der dieser Lokalisation des luetischen Primäraffektes seine besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Auch er hält die Lokalisation an der Vagina für die seltenste.

Wie bereits erwähnt, hat Kazarowa aus der Rille'schen Klinik im Jahre 1927 uns mit der Geschichte des vaginalen Primäraffektes vertraut gemacht. Auf diese Ausführungen wird verwiesen. Hier sei nur noch hingewiesen auf die zu diesem Thema erfolgten Mitteilungen der letzten Jahre.

In einer Aussprache nach dem von Graff in der geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft in Wien 1925 vorgestellten Fall, bei dem es sich um eine 26jährige Kranke mit syphilitischem Primäraffekt des rechten Scheidengewölbes und der linken

Scheidenwand nahe dem Introitus bei positivem Spirochätenbefund handelte, ist Latzko der Ansicht, daß diese Fälle von Dermatologen häufiger gesehen würden, während Gynäkologen dieselben in der Regel nicht erkennen, und damit sei bis zu einem gewissen Grade ihre Seltenheit bedingt. Er weist dabei auf die Verwechslung des Primäraffektes an der Portio mit Carcinom hin und erwähnt einen Fall, bei dem Wertheim einmal wegen Annahme eines Portio-Carcinoms eine Radikaloperation ausgeführt hat. Die nachher erfolgte histologische Untersuchung brachte die Aufklärung, daß es sich um eine syphilitische Sklerose gehandelt hatte. Dabei sei erwähnt, daß 2 unserer Fälle mit vaginalem Primäraffekt uns von der Frauenklinik mit der Diagnose Ulcus der Vagina überwiesen worden waren.

Im Jahre 1926 haben Spillmann und Créhange über einen an der Hinterwand der Scheide lokalisierten Primäraffekt berichtet.

Außergewöhnlich sind zwei Rieseninduration der Scheide, die Szentkirályi 1928 beschrieb. Bemerkenswert ist das hohe Alter der einen Kranken, die im 70. Lebensjahr stand.

Iribarne und Sardi wurden 1931 durch den Hinweis einer Prostituierten, die Schmerzen allein beim Coitus verspürte und digital eine verhärtete Stelle gefühlt hatte, auf einen vaginalen Primäraffekt aufmerksam. Auf die Notwendigkeit einer exakten vaginalen Untersuchung und auf das Schmerzsymptom beim harten Schanker der Vagina und der Cervix uteri wird besonders hingewiesen.

Auch Rille hat hervorgehoben, daß es bei entsprechender Aufmerksamkeit gelingen müßte, diese zweifellos seltenste Lokalisation doch etwas häufiger zu finden.

In einer Statistik von Gaté, Cuilleret und Boyer, die sich über 4 Jahre erstreckt, gelang es unter 59 genitalen syphilitischen Primäraffekten, 11mal einen Primäraffekt an der Portio vaginalis uteri und 4mal an der Vagina aufzufinden. Die Autoren erklären dazu, daß der cervikale Primäraffekt häufig ist und daß er sicher oft die Eintrittspforte einer scheinbaren „Syphilis d'emblée oder Lues latens sérologica“ ist. An anderer Stelle berichten die drei Autoren, denen sich noch Villard anschließt, über einen Riesenschanker der vorderen Vaginalwand von Fünfmarkstückgröße bei beiderseitigen Inguinaldrüsenschwellung, positivem Spirochäten- und Wassermannbefund.

Ferner liegen Beschreibungen von Fällen mit syphilitischem Primäraffekt der Vagina vor von Lacassagne und Charpy, Perciro und Carrero, Levy-Bing und Boursat, Frühwald, Rudloff und Glasser.

Im Gegensatz zu der von vielen Autoren betonten Seltenheit des vaginalen Primäraffektes fand Lakaye 1931 die Lokalisation des Primäraffektes unter 197 Primäraffekten 16mal an der Vagina, dementsprechend hat dieser Autor 6 % aller Primäraffekte an der Vagina gesehen. Der Autor weist vor allem auf die Kleinheit und das narbenlose Abheilen der vaginalen Primäraffekte hin. Diesem Umstande ist es nach Auffassung Lakayes zuzuschreiben, daß der vaginale Primäraffekt häufig übersehen wird. Derselben Ansicht ist auch Wolff. Er erblickt die Schwierigkeit der Diagnose des vaginalen Primäraffektes in der Kleinheit desselben und seiner unregelmäßig sternförmigen, den Falten der Vagina sich anpassenden Form.

Erwähnenswert ist noch ein Fall von Haack aus dem Jahre 1930, wo der Primäraffekt auf einer frischen Douglas-Inzisionsnarbe saß. Der Autor ist mit Rille der Ansicht, daß ein Teil der „Syphilis d'emblée" durch nichtentdeckte vaginale Primäraffekte zu erklären ist.

Im Jahre 1928 brachte Rille eine ausführliche Zusammenstellung seiner bis dahin gesehenen Fälle von syphilitischem Primäraffekt an der Vagina. In dieser Arbeit belegt er seine Ausführungen mit ausführlichen Krankengeschichten, da Zweifel an der Richtigkeit seiner Auffassung bezüglich des nicht so seltenen Vorkommens des vaginalen Primäraffektes von anderer Seite geäußert worden war.

Entsprechend der Rille'schen Anordnung des Materials sollen im folgenden die 19 vaginalen Primäraffekte der Berliner Universitätshautklinik in Gegenüberstellung zu den Rille'schen Fällen gebracht werden.

	Rille	Berl. Hautklinik
1. an der vorderen Wand	**13**	**6**
im vorderen Drittel	1	2
im mittleren Drittel	5	—
im hinteren Drittel	7	—
2. an der hinteren Wand	**17**	**6**
im vorderen Drittel	7	1
im mittleren Drittel	2	—
im hinteren Drittel	3	—
an der Grenze d. vord. u. hint. Drittels	5	—
3. an der linken Seitenwand	**4**	**1**
im vorderen Drittel	1	—
im mittleren Drittel	2	—
an der Grenze d. vord. u. mittl. Drittels	1	—
4. an der rechten Seitenwand	**5**	**0**
im vorderen Drittel	2	—
im mittleren Drittel	3	—

	Rille	Berl. Hautklinik
5. im Fornix	8	4
rechts	3	1
links	—	1
vorn	1	—
hinten	4	2

Bei 2 Fällen war die nähere Lokalisation nicht angegeben und nur „Primäraffekt der Vagina“ verzeichnet.

Bezüglich der Größe fanden sich in den Krankengeschichten 10mal Angaben. Bei den restlichen 9 Primäraffekten war keine Größenangabe verzeichnet.

Größe	Rille	Berl. Hautklinik
klein	9	2
linsengroß	24	1
bohnengroß	6	—
zweipfennigstückgroß	5	1
markstückgroß	1	4
zweimarkstückgroß	1	2
dattelgroß	1	—

Es erscheint bemerkenswert, daß sich unter den 10 Primäraffekten viele von größerem Ausmaß befanden. Doch dürfte wahrscheinlich die Auffassung Rilles und anderer Autoren zu Recht bestehen, daß der Primäraffekt der Vagina sich durch seine Kleinheit und die besonders von Rille betonte schnelle Heilung auszeichnet. Darin ist bis zu einem gewissen Grade der Grund für die überaus seltene Feststellung vaginaler syphilitischer Primäraffekte zu erblicken.

Sicherlich dürfte aber auch mitbegründet sein die Art der Untersuchungsmethode, die der Arzt anwendet. Rille weist darauf hin, daß die Form des Speculums eine Rolle bei der Feststellbarkeit des vaginalen Primäraffektes spielt. Er hält das rinnenförmige für das geeignetste, da sich mit diesem die Vaginalwände gut anspannen lassen und so die vaginale Runzelung gut ausgeglichen werden kann. Aus diesem Grunde glaubt Rille, vorwiegend dem Simon'schen Speculum seine positiven Befunde verdanken zu müssen. Vielleicht ist dementsprechend der soviel häufigere Befund des Primäraffektes an der Portio vaginalis uteri der häufigeren Benutzung tubenförmiger Specula zuzuschreiben, mit denen gleichzeitig oft auch die Vaginaluntersuchung vorgenommen wird, für die sie aus oben erwähnten Gründen nicht so geeignet sind.

Bei unseren Fällen wurde der syphilitische Primäraffekt an der Vagina häufiger beobachtet als der an der Portio im Gegenteil zu den Mitteilungen anderer Autoren.

Die Oberfläche dieser luetischen Primärerscheinungen war 11mal mit einem Belag bedeckt, dieser hatte bei 6 Primäraffekten einen speckigen, bei 3 einen schmierigen und bei 2 einen schmierig-diphtherischen Charakter. 4mal war eine Induration gefühlt worden. Auffallend war in 3 Fällen die Schwellung der Leistendrüsen, obwohl nur ein Primäraffekt im hinteren Teil der Vagina vorhanden war. Wird doch von Syphilidologen betont, daß nur in Fällen, wo der syphilitische Primäraffekt im vorderen Drittel der Vagina sitzt, eine Lymphdrüsenschwellung in der Leistenbeuge zu erwarten ist. Eine Schwellung der regionären abdominellen Lymphdrüsen war nie nachzuweisen. Auch Rille ist dies weder vaginal noch rektal gelungen. Die Frauen mit vaginalem syphilitischen Primäraffekt fanden sich je einmal im 20., 21., 23., 27., 28., 29., 30., 31., 38. und zweimal im 46. Lebensjahr. Bemerkenswert erscheint das im Durchschnitt etwas höhere Lebensalter, wenn man in Vergleich setzt die Tatsache, daß bei Frauen ein syphilitischer Primäraffekt am häufigsten zwischen dem 18. und 27. Lebensjahr gefunden wird. Eine Erklärung dafür läßt sich nicht mit Sicherheit angeben. Möglicherweise ist sie darin zu suchen, daß ein in dem Alter bei den Betroffenen vorhandener Descensus der Genitalien die Infektion der vaginalen Schleimhaut erleichtert.

Bei 6 unserer Kranken war nur 1 Primäraffekt und zwar an der Vagina vorhanden; bei 1 Kranken fanden sich 3 Primäraffekte an der Vagina, die 4 übrigen Frauen wiesen neben den Primäraffekten an der Vagina gleichzeitig noch an anderen Teilen des Genitale Primäraffekte auf. In diesen 4 Fällen wurden folgende Kombinationen gefunden:

1. Vagina und Ausführungsgang der Barth. Drüsen,
2. Vagina und kleine Labien,
3. Vagina und Portio und große und kleine Labien,
4. Vagina und Orificium urethrae und kleine Labien.

Es handelt sich dabei zum Teil um seropositive, zum Teil um seronegative Fälle. Bei den seronegativen Fällen wurde die Diagnose durch Spirochätennachweis gesichert.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Mehrzahl aller luetischen Primäraffekte bei der Frau an den Labien des Genitale lokalisiert sind, wobei die großen Labien um etwa 25 % häufiger betroffen sind als die kleinen. Nächst dem ist am häufigsten die hintere Commissur ergriffen. Sehr viel seltener finden sich syphilitische Primäraffekte in der Clitorisgegend, am Introitus vaginae, an der Urethra, in der Analgegend, an der Portio und an der Vagina. Die extragenitalen Primäraffekte im Bereich der Lippen übertreffen die Primäraffekte an den verschiedenen Regionen des Genitale und der Perigenitalgegend mit Ausnahme der

an den Labien und der hinteren Commissur lokalisierten. Die Primäraffekte an den Gaumentonsillen sind unter unserem Material seltener als die an der Vagina.

Der vaginale Primäraffekt ist, wie das aus den Zahlen unseres Materials hervorgeht, selten. Er wird aber bei einem großen Material häufiger angetroffen, als man im allgemeinen annimmt, einer Auffassung, der bereits Rille ausdrücklichst Ausdruck verliehen hat. Waren doch bei dem Berliner Material in 11 von 569 Fällen 19 vaginale Primäraffekte feststellbar, d. h. bei 2 % aller an syphilitischen Primärerscheinungen erkrankten Frauen wurden Primäraffekte an der Vagina gefunden. Im Gegensatz zu den Mitteilungen anderer Autoren wurden Primäraffekte sogar häufiger an der Vagina als an der Portio festgestellt.

Zum Schluß sei mir gestattet, Herrn Professor Gottron für die Stellung des Themas und Überlassung der Krankenblätter meinen besten Dank abzustatten.

Literatur.

Fournier: zit. nach Munde.

Frühwald: Demonstr. Chem. Hausärzte. Sitzg. 13. IV. 1928. 3 Primäraffekte der Vagina.

Gaté, Cuilleret et Boyer: Fréquence des chancres syph. du col Statistique hospitalière de quatre ans. Bull. Soc. Franç. Dermat. **39**, 4, 479—481, 1932.

Glasser: Chancre de la paroi vaginale. Bull. Soc. Franç. Dermat. **40**, 4, 505—566, 1933.

Graff, E.: Luetischer Primäraffekt der Scheide. Geburtshilfl.-Gyn. Ges. Wien, Sitzg. 23. 6. 1925.

Haack: Ein Fall von Primäraffekt auf einer frischen Douglasinzisionsnarbe. Dermat. W. Schr. **18**, 90, 618—619, 1930.

Iribarne u. Sardi: Harte Schanker der Vagina. Bull. Soc. Buenos Aires, **10**, 231—233, 1931.

Kazarowa: Über syphilitischen Primäraffekt an Vagina und Vaginalportion. Med. Diss. 1928, Leipzig.

Lacassagne et Charpy: Chancre syph. du vagin. Bull. Soc. Franç. Dermat. **39**, 1, 80, 1932.

Lakaye, R.: Sur la fréquence du chancre syph. du vagin. Ann. Mal. vénér. **26**, 655, 659, 1931.

Levy-Bing et Boursat: Double chancre induré du col utérin et de la paroi vaginale avec adénopathie inguinale. Ann. Mal. vénér. **27**, 361—365.

Munde: Zur Statistik des syph. Primäraffektes am weibl. Genitale. Med. Diss. Leipzig, 1927.

Perciro u. Carrero-Cueste: Primäraffekt der Vagina. Ecos. espan. Dermat. **8**, 301—304.

Rille: Über syphil. Primäraffekt der Vagina. Monatsschr. d. prakt. Dermat. XXV. Bd. 1897.

— Vaginalsyphilis. Aus „Bibl. d. ges. med. Wissensch.", v. Drasche.

— Über den syphil. Primäraffekt an der Vagina. Dermat. Wo. Schr. **8**, 88, 302—308 u. 235—384, 1929.

— Zur Kenntnis der syphil. Veränderungen der Vagina und Vaginalportion. Dt. Med. Wo. 17, 1904.

Rudloff, E.: Ein Fall von Primäraffekt der Vagina. Dermat. Wo. Schr. II, 1951—1952, 1928.

Spillmann et Créhange: Vaginaler Schanker. Bull. de la Soc. Franç. de dermat. et de syphiligr. **33**, 6, 448, 1926.

Szentkirályi: Über Riesenschanker der Vagina. Dermat. (Budapest) **2**, 375—376. Dt. Zusammenfassung S. 391—392, 1928.

Villard, Gaté, Boyer et Cuilleret: Chancre syph. géant de la paroi vaginale antérieure. Bull. Soc. Franç. Dermat. **38**, 7. 1190—1191, 1931.

Wolff: zit. nach Kazarowa.

Lebenslauf.

Ich, Bruno Kluge, wurde am 13. März 1908 als Sohn des Volksschullehrers Emil Kluge in Beetz, Kreis Osthavelland, geboren. Nach dreijährigem Besuch der Volksschule in Rauschendorf bei Gransee wurde ich Ostern 1917 in die Sexta des Realgymnasiums in Nauen aufgenommen. Dort bestand ich Ostern 1928 das Abiturientenexamen. Anschließend studierte ich elf Semester an der Universität Berlin Medizin und legte nach dem 5. Semester die ärztliche Vorprüfung ab. Das Staatsexamen bestand ich am 2. März 1934.

Verlagsdruckerei Hans Plasnick, Großenhain i. Sa.